

## RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

ESCRIBA EN IMPRENTA

**Actividad:** Graduate All Night Party

**Grupo:** Corvallis, Crescent Valley and College Hill HS

**Fecha(s):** 5 Junio 2020 - 6 Junio 2020

**Información del participante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Lea con atención este documento de Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad en su totalidad. Es un documento legalmente vinculante. Lea ambas caras de esta página. Firme y envíe este formulario a:

**Department of Recreational Sports, 211 Dixon Recreation Center, Corvallis OR 97330 541-737-7325**

*(INGRESAR el nombre, la dirección y el número de teléfono del contacto del Departamento)*

**Si es menor de 18 años, este formulario debe estar firmado por usted como el participante Y por su padre, madre o tutor legal.**

Yo, el abajo firmante, estoy al tanto de que mi participación en la Actividad (de aquí en adelante, la **ACTIVIDAD**) descrita anteriormente puede incluir actividades que podrían causar lesiones o ser peligrosas. Reconozco que la participación en esta **ACTIVIDAD** tiene la siguiente lista no exhaustiva de actividades en particular que podrían ser riesgosas y peligrosas en las cuales se podrían sufrir lesiones corporales, incluso hasta la muerte (*INGRESAR las actividades a continuación*):

**Programación que incluye escalada, juegos en la cancha, inflables y otras actividades interactivas e informales.**

**Con pleno conocimiento de los hechos y circunstancias que involucra la ACTIVIDAD, participo de forma voluntaria de la ACTIVIDAD y, en tanto, asumo las responsabilidades y riesgos resultantes de mi participación, que incluyen todo riesgo de daño a la propiedad y perjuicio de terceros y a mí mismo.** Acepto cumplir todas las reglas y condiciones de la participación en esta **ACTIVIDAD**. Tengo el seguro aplicable adecuado que se necesita para obtener y pagar cualquier gasto médico que pueda surgir directa o indirectamente de mi participación en la **ACTIVIDAD**; de no ser así, entiendo que soy el único responsable de cualquier gasto médico que pueda surgir directa o indirectamente de mi participación en la **ACTIVIDAD**. Eximiré a Oregon State University, sus directivos, miembros de la junta directiva, agentes y empleados (de aquí en adelante, la **UNIVERSIDAD**) de responsabilidad con respecto a todos y cada uno de los reclamos, daños y costos relacionados con mi participación en esta **ACTIVIDAD**.

Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción en la que participe en relación con esta **ACTIVIDAD**, sin importar si esto ocurre antes, durante o después del período de la **ACTIVIDAD**. Actuaré de manera considerada con otros participantes y en conformidad con las normas y el reglamento de la **UNIVERSIDAD** (**inclusive el Código de conducta estudiantil, según corresponda**) y cualquier ley o norma aplicable del estado o de la ciudad donde se realice la **ACTIVIDAD**. Si la **ACTIVIDAD** es un evento patrocinado por la **UNIVERSIDAD** afuera del campus, como las salidas de campo, las conferencias, las investigaciones, el aprendizaje empírico, la extensión del aprendizaje presencial, etc., entiendo que el comportamiento inaceptable en el aula es inaceptable durante la **ACTIVIDAD** y se tratará en conformidad con las normas de conducta estudiantil. Además, entiendo que si viajo a la **ACTIVIDAD** con un grupo o asesor de la **UNIVERSIDAD**, regresaré con el grupo a menos que haya un acuerdo previo con los miembros del claustro o del personal de la **UNIVERSIDAD** que supervisa la **ACTIVIDAD**.

Reconozco que la **UNIVERSIDAD** podría grabar mi participación y aparición en la **ACTIVIDAD** en cualquier medio de grabación que incluye, entre otros, video, audio y fotos (en conjunto, "grabaciones") para cualquier uso (que incluye, entre otros, publicaciones, sitios web, blogs, Internet, redes sociales). Autorizo dichas grabaciones y permito que la **UNIVERSIDAD** utilice mi nombre, la reproducción de mi persona, voz y material biográfico para exhibir o distribuir dichas grabaciones en parte o en su totalidad sin restricciones o limitaciones por cualquier motivo educativo o promocional. Si desea excluirse de esta sección, solicite la divulgación de exclusión de foto.

Estoy al tanto de que si proporciono un vehículo que no es propiedad ni es de uso de la **UNIVERSIDAD** para la transportación hacia, en o desde el sitio de la **ACTIVIDAD**, o si soy un pasajero en un vehículo de este tipo, la **UNIVERSIDAD** no es responsable de cualquier daño que surja o provoque el uso de dicho medio de transporte. Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción que realice que no esté dentro del ámbito de la **ACTIVIDAD** planificada, sin importar si ocurre antes, durante o después del período de dicha **ACTIVIDAD**.

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más copias, cada una de las cuales es original y en conjunto se las considera como el mismo instrumento.

**COMPLETE AMBAS CARAS DE ESTE FORMULARIO**

## RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Hasta el grado en que lo permita la ley, y en conformidad con los requisitos para poder participar en la ACTIVIDAD, dejo a salvo, libero y exonero a la UNIVERSIDAD de toda y cualquier responsabilidad, reclamo, causa, daño o perjuicio de todo tipo que pueda surgir de mi participación en cualquiera de las actividades relacionadas con la ACTIVIDAD o en conexión a ellas, ya sea por negligencia o desatención por parte de la UNIVERSIDAD u otra razón.

Es mi expresa voluntad que este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad vincule a mi cónyuge, los miembros de mi familia y herencia, herederos, administradores, representantes personales y beneficiarios. Además, acepto dejar a salvo y liberar de responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD de todo reclamo por las partes antes mencionadas que surja de mi participación en la ACTIVIDAD.

Reconozco que la UNIVERSIDAD no ofrece manifestación, garantía o promesa alguna en relación con la ACTIVIDAD y no asume responsabilidad alguna por daños materiales o perjuicios que pueda sufrir como resultado de la participación en la ACTIVIDAD.

Entiendo y acepto que esta es una exención de responsabilidad y un acuerdo de indemnización y que tiene como propósito ser **tan amplio e inclusivo como la ley lo permita**. Si alguna parte del presente documento queda sin validez, se acuerda que las cláusulas restantes, sin embargo, continuarán teniendo total validez y carácter legal.

Por la presente certifico que, con o sin ajustes,\* no tengo razón o problema de salud alguno que impida o restrinja mi participación en la ACTIVIDAD. Por la presente expreso mi consentimiento y conocimiento de que soy el único responsable por los costos de los primeros auxilios, la atención médica de emergencia y, de ser necesario, la admisión en un hospital acreditado para recibir dicha atención médica o el tratamiento por lesiones que pueda sufrir durante mi participación en cualquier actividad relacionada a la ACTIVIDAD.

\*Si su participación requiere de ajustes, comuníquese con \_\_\_\_\_ al menos una semana (7 días) antes de la fecha de la ACTIVIDAD.  
(INGRESAR el nombre y número de teléfono del contacto del Departamento)

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Al firmar este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad reconozco y hago constar: (a) que he leído este documento en su totalidad, que lo entendí y que lo firmo por voluntad propia; y (b) que este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad es el acuerdo total entre las partes del presente y sus términos tienen carácter contractual y no meramente declarativo.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

=====

### OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS: AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO CON EL ACUERDO DE LOS PADRES O TUTORES.

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del participante en la ACTIVIDAD arriba mencionado. En mi nombre y en el de mi cónyuge, pareja o cotutor, o cualquier otra persona que declare que el participante es su dependiente, he leído el acuerdo anteriormente expuesto y que entiendo el contenido de este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad, estoy de acuerdo con sus términos y condiciones, y firmo este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad en forma voluntaria. Reconozco que mi dependiente y yo estamos de acuerdo con los términos y condiciones de la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y, por la presente, doy mi consentimiento para la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y para que reciba tratamiento médico si se considera necesario. Además acepto liberar de toda responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo, demanda o causa que mi dependiente tenga o pueda tener.

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más copias, cada una de las cuales es original y en conjunto se las considera como el mismo instrumento.

**COMPLETE AMBAS CARAS DE ESTE FORMULARIO**